

# Transkulturel psykiatri

## – psykiatriens forståelse af det kulturelt anderledes<sup>1</sup>

Katrine Schepelern Johansen

---

*I artiklen argumenteres der for, at psykiatriens opfattelse af kultur og af relationen mellem kultur og sygdom er forankret i en tænkemåde, der strækker sig over 100 år tilbage i tiden til en tid med kolonialismen, hvor synet på den kulturelt anderledes var domineret af race-tænkning og evolutionisme. Dette har betydet, at forsøg på at introducere en mere kompleks og dynamisk kulturforståelse i psykiatrien er mislykkedes, på trods af, at forskellige større forskningsprojekter har påpeget behovet af en mere tidssvarende og videnskabelig valid kulturopfattelse. I artiklen illustreres dels nogle af de tænkemåder, som psykiatrien trækker på samt nogle af de forskningsprojekter, der har illustreret behovet for en nytænkning af kultur og relationen mellem kultur og psykisk sygdom i psykiatrien.*

## Indledning – antropologiske og psykiatriske kulturopfattelser

Siden publiceringen af WHO's globale skizofreniundersøgelser i slutningen af 1970'erne har der fra antropologisk side været rejst kritik af den måde, som psykiatrien definerede kultur på (se f.eks. Kleinman 1988; Edgerton og Cohen 1994; Hopper 2004). Denne kritik har dog ikke haft den store indflydelse på psykia-

trien. Når man som antropolog læser denne litteratur, undres man over dette forhold – argumenterne for en anden kulturopfattelse synes overvældende og velunderbyggede. En mulig forklaring på dette forhold, som jeg vil argumentere for i denne artikel, er, at psykiatriens opfattelse af kultur trækker på en lang historisk tradition, der er velforankret i den psykiatriske fagkundskab og derfor svær at forandre.

I arbejdet med psykisk sygdom i andre samfund end de vestlige og i arbejdet med psykisk sygdom blandt den stadig voksende gruppe af flygtninge og immigranter i de vestlige samfund har psykiatrien vist en stigende interesse for at inddrage viden om disse menneskers kultur. Den kulturforståelse, som psykiatrien primært har anvendt, har været en statisk, essentialiseret kulturforståelse, hvor mennesker bliver opfattet som helt underlagt kulturelle normer og værdier (Good 1997) eller en meget forsimplet kulturopfattelse, hvor kultur primært referer til geografisk område (Hopper 2004). Både psykiatriens interesse for kultur i sig selv samt dens anvendelse af et, fra et antropologisk perspektiv, problematisk kulturbegreb (se f.eks. Hastrup 2004; Wright 1998) har betydet, at antropologer har haft en betydelig interesse for psykiatriens kulturforståelse(r)<sup>2</sup>.

Det er et spørgsmål, om man kan tale om psykiatriens kulturforståelse. Kultur er ikke oprindeligt en integreret del af den psykiatriske videnskab, og som sådan sjældent noget psykiatrien har defineret eksplicit. Når jeg i denne artikel alligevel taler om psykiatriens forståelse af kultur, skyldes det, at det er muligt at definere nogle fællestræk ved den måde, som psykiatrisk forskning og litteratur anvender ordet kultur på. Der er altså tale om min definition af psykiatriens kulturbegreb baseret på en kritisk læsning af psykiatriske tekster. Netop den manglende eksplicite definition af, hvad kultur er for en størrelse, er dog formentlig en del af problemet. Ved ikke at definere hvad man mener med kultur, bliver psykiatrien ikke konfronteret med de problematiske antagelser, som deres anvendelse af kultur reelt bærer med sig<sup>3</sup>.

I det postmoderne opgør i antropologien var kultur et af de begreber, som for alvor blev diskuteret og udfordret. Det resulterede i en markant ændring af kulturbegrebet. Fra at være et samlet, homogent og uforanderligt system af normer og værdier, som var knyttet til en given etnisk gruppe, og som styrede disse menneskers opfattelser og handlinger, bliver kultur i dag i stedet opfattet som et mere åbent og fleksibelt system, hvor mennesker kan handle både med og mod deres kultur, og hvor etnicitet kun er en blandt flere kulturelle identiteter, som mennesker kan vælge at anvende (for en diskussion af dette skift se f.eks. Liep og Olwig 1994; Wright 1998). Man kan lidt firkantet sige, at psykiatrien i vid udstrækning

fortsatte med at anvende det kulturbegreb, som antropologien havde forladt (Good 1997)<sup>4</sup>. En af de få situationer, hvor man fra antropologisk side mere markant søgte at introducere et mere nutidigt kulturbegreb i psykiatrien, var med revisionen af den amerikanske diagnostiske manual for psykisk sygdom (Diagnostic and Statistical Manual – kaldet DSM) i slutningen af 1980'erne og starten af 1990'erne. Der forsøgte en gruppe, primært bestående af amerikanske antropologer og psykiatere med interesse for kultur og psykisk sygdom, at give kultur en mere fremtrædende og videnskabelig underbygget plads i DSM.

På trods af den store arbejdsindsats lykkedes dette kun i meget begrænset omfang (Good 1996: 128): Psykiatrien fastholdt i vid udstrækning den måde at anskue relationen mellem kultur og psykisk sygdom på, som har været dominerende de sidste 100 år, og som trækker på flere forskellige felter inden for den transkulturelle psykiatri – først og fremmest spørgsmålet om kulturbundne syndromer og de diskussioner, der dominerede kultur- og personlighedsskolen i USA i 1930'erne. Psykiatrien anvender dermed en forståelse af relationen mellem kultur og psykisk sygdom, der kun i meget begrænset omfang har formået at inddrage og anvende den udvikling, som kulturforståelsen og antropologien har gennemløbet i denne periode.

På baggrund af en gennemgang og diskussion af arbejdet med DSM vil jeg vise de forskellige historiske rødder for psykiatriens forståelse af relationen mellem psykisk sygdom og kultur. Dette sker ved en gennemgang af dels fænomenet kulturbundne syndromer og dels af nogle af de centrale diskussioner i kultur- og personlighedsskolen. Derefter vil jeg give to eksempler fra forskningsfelter, hvor man har forsøgt at undersøge relationen mellem kultur og psykisk sygdom, og de diskussioner og problemer som disse undersøgelser har givet anledning til.

## Kultur i DSM-IV

Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – kaldet DSM – udgives af organisationen for amerikanske psykiatere. Den er parallel til WHO's International Classification of Diseases (ICD), der blandt andet bruges i Danmark. I 1994 blev den fjerde version af DSM udgivet – kaldet DSM-IV.

Ønsket om at inddrage kultur i denne 4. udgave opstod, fordi det amerikanske samfund er blevet mere multikulturelt; fordi verden er blevet mere global, samt fordi DSM-IV i stigende omfang bliver brugt uden for det amerikanske samfund og dermed i andre kulturelle sammenhænge, end det oprindeligt var tænkt (Mezzich et al. 1999; Mezzich et al. 1996).

Som nævnt indledningsvis var forsøget ikke særligt succesfuldt. I en opsummering over arbejdet og resultaterne skriver psykiateren Lawrence Kirmayer (1998) at trods alt det arbejde, som arbejdsgruppen udførte, blev kultur kun inkluderet i følgende omfang: 1) vigtigheden af kultur nævnes i introduktionen; 2) i forbindelse med de enkelte sygdomme nævnes kultur-, alders- og kønsovervejelser; 3) i appendiks I præsenteres en kulturel formel, der er en kulturel vurdering af patienten, og som kan bruges som en mulig tilføjelse til den diagnostiske vurdering og 4) i samme appendiks forefindes en ordliste over ca. 25 kulturbundne syndromer. Kirmayer skriver videre, at:

”Udelukkelserne og sletningerne af foreslået tekst reflekterede ikke altid manglende bevis, men handlede om en systematisk afvisning af materiale, der udfordrede DSMs grundlæggende ramme. Introduktionen indeholdt ikke de forberedte definitioner af kultur, etnicitet og race, eller bemærkningen om, at DSM selv var en kulturel konstruktion... Hele vejen igennem blev kultur præsenteret som en slags ’protest’ i forhold til risikoen for fejldiagnosticering, mere end som et vigtigt emne, der kunne hjælpe med at tænke over relevansen af kategorier og kriterier” (1998: 340, min oversættelse, forfatterens citationstegn).

Det vil sige, at kultur i vid udstrækning blev opfattet som noget, der stiller sig i vejen for den objektive diagnosticering af patienten. De specifikke kultur-, alders- og kønsovervejelser, der nævnes ved de enkelte sygdomme, er nogle, som man erfaringsmæssigt ved, kan forvirre psykiateren og dermed forhindre den korrekte diagnosticering ved hjælp af manualen.

Antropologen Byron Good peger på, at det var et spørgsmål om forskellig slags viden: Redaktørerne af DSM-IV vægtede viden, der pegede på de psykiske sygdommes universelle karakter og på en sygdomsforståelse, hvor biologien var central. Arbejdsgruppens tilgang til psykisk sygdom var derimod, at psykopatologi i sin natur er social og kulturel, og at specifik viden om disse sociale og kulturelle sygdomsudtryk derfor er relevant (Good 1996: 128-129).

Både for Kirmayer (1998), Good (1996) og Mezzich (1995) er den kulturelle formel det mest interessante, og det er der, at der er noget egentlig substans i de kulturelle tilføjelser. Derfor er der også en generel utilfredshed med, at dette punkt blev placeret i et appendiks – endda sammen med de kulturbundne syndromer – som om der var tale om en slags ekstra tilføjelse, man kunne vælge at anvende ved virkelig eksotiske patienter frem for et generelt arbejdsredskab (Good 1996).

Psykiateren Lewis-Fernández (1996) beskriver en del af arbejdet i arbejdsgruppen og beretter udførligt om gruppens overvejelser i forbindelse med den kulturelle formel. Dette er formelens hovedpunkter:

- Individets kulturelle identitet
- Kulturelle forklaringer på individets sygdom
- Kulturelle faktorer, der relaterer sig til det psykosociale miljø og funktionsniveau
- Kulturelle elementer i forholdet mellem individet og behandleren
- En generel vurdering af diagnose og behandling

Efter den egentlige diagnosticering er det tanken, at psykiateren skal beskrive de 5 punkter i den kulturelle formel. Dette skal gøres i form af et narrativ – dvs., at man er interesseret i patientens egne ord for de forskellige punkter<sup>5</sup>. Det er tydeligt, at den kulturelle formel er meget inspireret af den medicinske antropologi og synet på, at kultur påvirker både sygdomsopfattelser og oplevelser samt relationen mellem patient og behandler (Kirmayer et al 2003).

Diskussionen og arbejdet med at få inkluderet kultur i DSM-IV er i mine øjne både tankevækkende og illustrativt. Det peger på det grundlæggende skisma mellem psykiatriens fokus på generelle eller universelle kategorier og antropologers fokus på kulturel partikularitet samt et magtforhold, hvor psykiatrien i vid udstrækning sætter rammerne for det antropologiske perspektiv.

Det illustrerer også, at antropologiens idé om kultur som et åbent, fleksibelt system, som mennesker kan anvende i interaktion med deres omverden, har svært ved at finde indpas i den psykiatriske forståelse. I stedet ser vi en tendens til, at kultur kun knytter sig den eksotiske anden, hvor det så til gengæld er meget dominerende for disse menneskers adfærd. Og endeligt får kultur tildelt den plads, at det lægger sig uden om den psykiske sygdom og besværliggør diagnosticeringen. Et stort set identisk perspektiv på relationen mellem kultur og psykisk sygdom finder vi, når vi kigger tilbage på de første psykiatriske beskrivelser af feltet.

## Kulturbundne syndromer

Den klassiske betegnelse for transkulturel psykiatri var 'sammenlignende psykiatri' (Kraepelin 2000 [1904]) og interessen inden for psykiatrien daterer sig til slutningen af 1800-tallet (Littlewood og Dein 2000). Med koloniseringen og opret-

telsen af europæiske kolonier i 1800-tallet fulgte en fascination af eksotiske sygdomme hos de koloniserede (Littlewood og Dein 2000; Kirmayer og Minas 2000). Indtil dette tidspunkt havde holdningen inden for psykiatrien været, at primitive mennesker led af primitive psykiske sygdomme, og at de psykiske sygdomme, som man kendte i Vesten, var forbundet med det civilisatoriske stade (Alberdi 2002a: 37; Littlewood og Dein 2000: 3). I slutningen af 1800-tallet og begyndelsen af 1900-tallet skiftede denne holdning til en opfattelse af, at de samme psykiske sygdomme fandtes alle steder, dog var de i kolonierne ofte mere primitive i deres udtryk (Littlewood og Dein 2000: 10-11). Som eksempel nævnes tit den tyske psykiater Emil Kraepelins<sup>6</sup> rejse til Java i 1904, på baggrund af hvilken, han konkluderede, at der var en række psykiske sygdomme, som javanesiserne ikke led af, bl.a. det 3. stadie af syfilis, alkoholisme og depression med selvbebrejdelse, men at skizofreni var at finde blandt javanesiserne, dog var symptomerne anderledes (Kraepelin 2000 [1904]; se også Littlewood og Dein 2000: 6; Prince 2000):

“... der er på nuværende tidspunkt ikke nogen overbevisende grund til at antage, at de indfødte på Java lider af nye og ukendte former for sindssygdomme...” “På den anden side, så undergår de sygdomme, som vi er bekendt med, forandringer på Java, som vi med nogen ret kan tilskrive patienternes racemæssige karakteristika.” “Hvis racemæssige karakteristika bliver reflekteret i en nations religion og traditioner, i dens spirituelle og kunstneriske præstationer, i dens politiske aktivitet og historiske udvikling, så må de også komme til udtryk i hyppigheden og i de psykiske sygdommes kliniske udtryk.” (Kraepelin 2000 [1904]: 41, min oversættelse).

Med denne tekst får Kraepelin fastslået to ting: For det første at de psykiske sygdomme generelt set er de samme verden over. For det andet at kulturen former de forskellige sygdomme, men den skaber ikke nye eller anderledes sygdomme. Dette skel mellem de psykiske sygdomme på den ene side og kulturen på den anden er blevet fastholdt i psykiatrien frem til i dag (Nørregaard 2002: 204; Littlewood og Dein 2000: 6-7), og beskrives nu som et skel mellem patogenese (hvad der skaber sygdommen), og patoplastik (hvad der former sygdommen). I dag mener man, at biologien er den primære patogenese og kulturen er dermed henvist til pladsen som patoplastiken (Littlewood og Dein 2000; se også Barrett 1996).

Selv om det dermed var blevet fastslået, at psykisk sygdom blandt ‘de vilde’, ‘i vores kolonier’ eller blandt ‘de primitive’ svarede til psykiske sygdomme i Vesten, dukkede der ind imellem beskrivelser op af afvigende adfærd, der ikke rigtig passede ind i de gængse diagnostiske kategorier. Disse fænomener blev beskrevet

som 'eksotiske psykoser', 'etno-psykoser', eller 'kulturbundne syndromer', som er den mest anvendte betegnelse i dag. Disse fænomener er f.eks. amok (Malaysia), latah (Malaysia), kajak-svimmelhed/kajak-angst/nangiarneq (Grønland), koro (Indien), susto (Latinamerika). Psykiatere kunne godt blive enige om, at de var primitive eller – senere – eksotiske udtryk for psykiske sygdomme, som man kendte til i Vesten, men man kunne sjældent blive enige om hvilke. I en gennemgang af fænomenet amok viser Reisby, at amok har været opfattet som epilepsi, malaria, kroniske cerebrale infektioner, forgiftninger, hashindtagelse, alkoholindtagelse, en primitiv udladningsreaktion, delirium, agiteret depression, mani, akutte angstreaktioner, akutte katastrofe reaktioner, hysteri og frygt (1985b: 605-606). Så selv om man i princippet holder fast ved antagelsen om, at der inde bag det kulturelle udtryk var en genkendelig biologisk psykisk sygdom, har man i praksis haft svært ved at fastslå, hvilken sygdom der var tale om.

Denne usikkerhed har betydet, at disse syndromer fortsat har en noget tvivlsom status. De kan ikke entydigt kategoriseres som tilhørende de eksisterende diagnoser. På den anden side har man heller ikke ønsket at indføre dem som standard-diagnoser i de diagnostiske manualer (DSM og ICD). Resultatet er, at de i dag i mange tilfælde bliver samlet på en liste, der bliver inkluderet i manualer, lærebøger m.m. men ellers ikke bliver ofret nogen særlig opmærksomhed (Littlewood og Dein 2000: 14), som det som nævnt er tilfældet i DSM-IV (APA 1995) eller f.eks. i to danske lærebøger i psykiatri, hvor en liste på ca. 15 kulturbundne syndromer optræder i kapitlet om transkulturel psykiatri (Kristensen og Ali 2000; Reisby 1985b). I udgaven fra år 2000 endda stort set uden kommentarer.

Selv om de kulturbundne syndromer i megen moderne psykiatri er blevet parkeret på en særlig liste, så dukker diskussionen om deres eksistens stadig op ind i mellem. Det skyldes, ifølge psykiateren Hughes, at diskussionen berører nogle centrale temaer inden for den transkulturelle psykiatri: Betydningen af henholdsvis kultur og biologi i ætiologien og udformningen af psykiske sygdomme (genese og plastik), betydningers relativitet på tværs af kulturel kontekst (dvs. muligheden for at forstå) samt generaliserbarheden af psykiatriske diagnostiske skemaer, som er udviklet i en specifik kulturel sammenhæng (Hughes 1985: 4). Et af de steder, hvor diskussionen om de kulturbundne syndromer senest er dukket op, er i spørgsmålet om, hvorvidt der findes kulturbundne syndromer i Vesten. Fænomener som anoreksi, kronisk træthedssyndrom, multipel personlighedsforstyrrelse, pseudo-suicidium (selvmordsforsøg), fibromyalgi og piske-mældsskader er blevet foreslået som eksempler på kulturbundne syndromer i Vesten (Nørregaard 2002). Der er dog ikke nogle af disse, der er blevet optaget



på nogen officiel liste over kulturbundne syndromer i f.eks. DSM, og flere af dem (anoreksi og multipel personlighedsforstyrrelse) optræder i stedet blandt de egentlige psykiatriske diagnoser.

Selv om diskussionen om de kulturbundne syndromer i dag er mere end 100 år gammel, har den fulgt den transkulturelle psykiatri hele vejen frem til i dag og har været formende for den måde, som psykiatrien har forstået relationen mellem kultur og sygdom på: Kultur stiller sig i vejen for den objektive universelle psykiske sygdom og skal afdækkes og fjernes i den diagnostiske proces.

## Ødipuskompleksets universalitet?

Emil Kraepelin var som nævnt en indflydelsesrig skikkelse i psykiatrien i starten af det 20. århundrede; en anden var Sigmund Freud, hvis indflydelse dog var større på den transkulturelle psykiatri end på psykiatrien generelt (Alberdi 2002a: 42-44). I forhold til den transkulturelle psykiatri opsummerer Alberdi Freuds centrale bidrag i følgende punkter:

- "Menneskets psykiske udvikling fra barn til voksen afspejler artens udvikling.
- Artens oprindelige libidinøse og aggressive drifter kan erfares hos barnet, vildmanden og neurotiker; hos barnet på grund af den uafsluttede udvikling; hos neurotiker som følge af en udviklingsmæssig fiksering eller regression; og endelig hos vildmanden på grund af den ufuldendte civilisationiske proces.
- Menneskets tragiske skæbne består i dets evige kamp mellem de stærke ubevidste drifter og civilisationens kontrolforanstaltninger" (Alberdi 2002a: 42-43).

Dermed hævdede Freud, at de grundlæggende psykiske konflikter var de samme for alle mennesker, og særligt at ødipuskomplekset var universelt og havde universel betydning for dannelsen af menneskelig kultur (McGee og Warms 2000). Ifølge Freud opstod kulturen for at kontrollere og styre de menneskelige drifter. Freud forbandt de psykiske sygdomme med disse grundlæggende konflikter, og deraf følger også en vis universalitet i de psykiske sygdomme. Denne antagelse blev fra antropologisk side kraftigt anfægtet i første omgang af Malinowski og senere af store dele af den amerikanske kultur- og personlighedsskole.



Malinowski hævdede, at ødipuskomplekset på Trobrianderne havde en anden udformning end det klassiske ødipuskompleks, som det blev beskrevet af Freud. På Trobrianderne var den problematiske relation mellem bror og søster og ikke mellem mor og søn. Dette betød, at trobrianderne opfattede seksualitet og seksuelle tabuer anderledes, end man fandt i den vestlige verden. Denne kritik blev hårdnakket afvist af Freuds mere loyale støtter, der hævdede at Malinowski havde misforstået de grundlæggende konflikter hos trobrianderne (Stocking Jr. 1986).

Kritikken blev dog fastholdt og udviklet hos de antropologer, der kom til at danne kultur- og personlighedsskolen i USA i 1920'erne og 1930'erne. Disse hævdede, at de psykologiske teorier med deres fokus på universelle kategorier og processer ikke tog hensyn til kulturelle forskelle - særligt omkring den psykologiske udvikling hos børn og unge (Benedict 1934). Ruth Benedict, der var en af kultur- og personlighedsskolens fremtrædende medlemmer, hævder, at skellet mellem, hvad der er normalt, og hvad der er afvigende, er bestemt af den pågældende kultur (1934). Adfærd, der i et samfund vil blive opfattet som syg, vil i et andet samfund kunne blive opfattet som normalt, endog ærefuldt.

Selv om medlemmerne af kultur- og personlighedsskolen var meget kritiske over for dele af Freuds arbejde, var de dog også kraftigt inspireret af ham. Særligt opfattelsen af den tidlige barndoms betydning for et menneskes senere udvikling blev delt (McGee og Warms 2000; Stocking Jr. 1986).

Kultur- og personlighedsskolens kritik har primært levet videre inden for antropologien, hvor den har haft betydning for blandt andet den medicinske antropologi. Psykiatrien fulgte derimod i højere grad fulgte Freuds tanker om de psykiske sygdommes universalitet og om kulturen som et ydre lag, der nok formede symptomer, men ikke grundlæggende ændrede eller skabte nye sygdomme.

## WHO's undersøgelser om skizofreni

Spørgsmålet om de psykiske sygdommes universalitet blev dog ved med at spøge og det samme gjorde antagelserne om, at psykisk sygdom var knyttet til det civilisatoriske stade (Littlewood og Liepsedge 1997). I forbindelse med af-koloniseringsprocessen i store dele af den 3. verden og den deraf følgende etablering af en række nationale sundhedssystemer blev det essentielt at få fastslået, om de mest alvorlige psykiske lidelser var universelle i deres udbredelse. Dette ledte til iværksættelsen af en lang række undersøgelser af skizofrenis udbredelse i WHO regi, der startede i 1967 og stadig i et vist omfang er i gang (Hopper 2004).

Det første og mest berømte studie hed International Pilot Studie of Schizophrenia (IPSS) og løb fra 1967 til 1977. Formålet var at undersøge skizofreni og lignende sygdommes manifestationer, konsekvenser og forløb i forskellige nationale og kulturelle lokaliteter (Hopper 2004: 62). Man udvalgte ni centre: Cali (Colombia), Prag (Tjekkoslaviet), Århus (Danmark), Agra (Indien), Ibadan (Nigeria), Taipei (Taiwan), Moskva (USSR), London (England) og New York (USA). Undersøgelsen viste, at skizofreni fandtes alle de undersøgte steder, at der var store variationer i symptombillede og udtryksmåde, samt at prognosen var markant bedre hos patienterne i det, man kaldte ulandene (Indien, Nigeria og Colombia) frem for i ilandene (Alberdi 2002a: 52-53). Særligt det sidste resultat var kontroversielt og har været genstand for en lang række fortolkninger og opfølgende undersøgelser (Edgerton og Cohen 1994; Hopper 2004: 62-63). Disse resultater er blevet brugt som dokumentation for, at skizofreni fandtes alle steder i verden. Der var altså ikke tale om en civilisationssygdom, men om en sygdom der var hele menneskeheden til del.

Fra antropologisk side har IPSS og de efterfølgende studier (DOSMD og ISOs) været genstand for massiv kritik. For det første har man ment, at undersøgelserne tog udgangspunkt i vestlige diagnostiske kategorier og symptomer. Dette har rejst spørgsmål om, hvorvidt sådanne oversættelser overhovedet kan lade sig gøre (Barrett 2004). Den amerikanske antropolog og psykiater Arthur Kleinman har ment, at man burde være startet med lokale beskrivelser og opfattelser af psykisk sygdom og så have sammenlignet disse beskrivelser, og på denne måde skulle man være nået frem til nogle fælles diagnostiske kategorier, som man kunne anvende på tværs af kulturer frem for at tage udgangspunkt i Vesten kategorier og anvende dem, som om de var udtryk for en universel diagnostisk standard (1977; 1988).

En anden type af kritik har været rette mod fortolkningen af de resultater, der pegede på, at prognoserne var bedre i de centre, der lå i Nigeria, Indien og Colombia. Den opdeling, som man har lavet i ulande og ilande, er blevet kritiseret for primært at være en distinktion mellem 'dem' og 'os'. Den betydning, som ordet uland er blevet tillagt i den psykiatriske litteratur, har været meget unuanceret og langt hen ad vejen bygget på ikke-dokumenterede forestillinger om livet i disse lande. Der har f.eks. været forestillinger om, at udvidede familier i disse lande sørgede for social støtte til syge og sårbare individer, at den ikke specialiserede arbejdsdeling gjorde det nemmere for mennesker med skizofreni at bibeholde en tilknytning til et arbejde samt at eksistensen af visse religiøse systemer efterlod en meningsfuld og ikke-marginaliseret rolle for mennesker med massive hallucinati-

oner m.m. Det har dog været et generelt træk ved disse forslag, at de ikke byggede på konkret viden om de pågældende steder men i højere grad trak på en række standard forklaringer (Hopper 2004: 62-67). Ifølge Hopper (2004) og Edgerton og Cohen (1994) gør tilsvarende problemer sig gældende for de efterfølgende WHO undersøgelser: Determinants og Outcome og Severe Mental Disorders (DOSMD) og International Study of Schizophrenia (ISOs). Hopper påpeger videre, at den psykiatriske epidemiologiske kulturbegreb, også kaldet 'socio-cultural setting', enten er præget af stereotype forestillinger, der ikke undersøges eller dokumenteres, eller dækker over geografisk lokalitet og intet andet (2004).

Ovenstående har vist nogle af problemerne, når psykiatrisk epidemiologi søger at arbejde med kultur. Den kompleksitet, der ligger i det relationelle antropologiske kulturbegreb (for en definition og diskussion af dette se bl.a. Liep og Olwig 1994; Wright 1998; Johansen nd: 49-66), kan vanskeligt rummes inden for epidemiologien. Ofte bliver kultur derfor i stedet nogle vage, overordnede generaliseringer som 'udviklede lande' og 'udviklingslande'. Dette viser dog en interesse fra psykiatriens side i at inddrage kultur i undersøgelserne. I diskussionen om WHO undersøgelserne genfinder vi også det forhold, at psykiatriens primære interesse ligger i de universelle biologiske sygdomme snarere end nogen form for kulturel særegenhed. Denne forståelse af relationen mellem psykisk sygdom - at den er universel og uafhængig af kulturelle særtræk - er den dominerende inden for psykiatrien i dag. Der kom dog kort tid efter offentliggørelsen af de første resultater fra IPSS en ny type undersøgelser, der udfordrer og problematiserer denne antagelse. Disse er en række studier af immigranter i de vestlige lande og deres frekvens af psykotiske sygdomme.

## Immigranter og psykotisk sygdom<sup>7</sup>

En af de befolkningsgrupper, der har været genstand for flest undersøgelser om forekomsten af skizofreni, er de afrikansk-caribiske immigranter i Storbritannien. Man har hos 1. generationsindvandrere fra Caribien fundet en forøget skizofrenirisiko, der er ca. 4 til 5 gange højere end den for den oprindelige hvide befolkning i Storbritannien. For 2. generations afrikansk-caribiere har den vist sig at være 10 til 14 gange højere (Jarvis 1998: 4). Gruppen af afrikansk-caribiske migranter har været sammenlignet med gruppen af immigranter fra Sydasien. I forhold til dem er tallene noget mere usikre. Nogle undersøgelser tyder på, at de er underrepræsenterede med hensyn til skizofrenidiagnoser men overrepræsenterede med hensyn

til depressionsdiagnoser. Andre undersøgelser viser en forhøjet skizofrenirisiko, men ikke i nærheden af den, der gør sig gældende for afrikansk-caribiere.

En lang række forskellige forklaringer har været undersøgt, bl.a. om der var tale om en genetisk udsat gruppe, om stofmisbrug i større udstrækning gjorde sig gældende for denne gruppe eller om der var tale om fordomme blandt det psykiatriske personale (fejldiagnosticering). Jarvis konkluderer på baggrund af sin gennemgang, at der formentlig er tale om et samspil mellem flere forskellige forklaringer, og at der formentlig er tale om miljømæssige og biologiske faktorer (virusinfektion under graviditet, lav fødselsvægt, fødselskomplikationer og generel dårlig sundhedstilstand) såvel som psykosociale faktorer (marginalisering og racisme) (1998: 46-53). Generelt må Jarvis dog også konkludere, at den specifikke sammenhæng mellem de fleste af faktorerne og den øgede skizofreniforekomst ikke er kendt (se også Cantor-Graae et al. 2003).

Anden forskning i Europa omkring psykotisk sygdom hos immigranter følger, ifølge Jarvis (2005), den britiske tradition med at fokusere på faktorer, der leder til en øget skizofreniforekomst. Et eksempel på dette er et nylig offentliggjort meta-studie primært baseret på britisk og hollandsk materiale, hvor forfatterne konkluderer, at mennesker med sort hud har den største skizofrenihyppighed, og at dette formentlig skyldes racisme i modtagerlandene (Cantor-Graae og Selten 2005).

Et af de mest kendte antropologiske studier af skizofreni og indvandrere i Storbritannien er Littlewood og Liepsedges studie af psykiske sygdomme hos afrikanske og afrikansk-caribiske immigranter i Storbritannien (1997). Deres undersøgelse fokuserer på betydningen af psykisk sygdomme hos disse immigranter og sammenblandingen af kulturelle stereotyper med opfattelser af psykopatologi. Deres forklaringer på den øgede skizofrenirisiko handler om en generel marginalisering af denne befolkningsgruppe, om institutionel racisme i det offentlige system og om en meget snæver normalitetsdefinition, der patologiserer anderledes adfærd, f.eks. brug af hash, og anderledes religiøs praksis, f.eks. at tale i tunger.

De engelske studier har primært fokuseret på den nævnte overrepræsentation og mulige faktorer til denne. I USA har man ligeledes kunne dokumentere en overrepræsentation af skizofreni blandt forskellige grupper af sorte i USA, men forskningen i USA har peget på, at dette kan skyldes fejldiagnosticering frem for en egentlig overrepræsentation (Jarvis 2005; se også Good 1997). Antagelsen om fejldiagnosticering er funderet på studier, der viser, at den diagnose, afrikansk-amerikanske patienter får, er mindre konsistent over tid, end den er for andre grupper (Chen et al. 1996)<sup>8</sup>.

Undersøgelserne af sygdomsforekomsten hos immigranter påpeger, at sociale og kulturelle forhold har betydning i de psykiske sygdommes opståen. Hvor psykiatrien med WHO undersøgelserne blev bekræftet i, at kultur alene havde en patoplastisk effekt, påpeger disse studier, at sociale og kulturelle forhold også har betydning for patogenesen. Dette peger på et behov for at afklare, hvordan man forstår relationen mellem årsagen/årsagerne til sygdommene og de udløsende faktorer samt for egentlige empiriske og epidemiologiske undersøgelser af denne relation.

## Konklusion

Psykiatriens interesse for spørgsmål om kultur har i vid udstrækning været perifer. Man har ikke ment, at det var spørgsmål, der grundlæggende udfordrede den forståelse man havde af sygdommene eller behandlingspraksis. Resultater fra den transkulturelle psykiatris område har derfor kun fået meget begrænset indflydelse på psykiatrien generelt, og oftest kun hvis der er tale om resultater, der understøtter de generelle antagelser inden for psykiatrien. Problemerne for de antropologer og psykiatere, der var involveret i revisionen af DSM-IV, illustrerer tydeligt dette.

De grundlæggende antagelser inden for psykiatrien om de psykiske sygdommes universalitet og om relationen mellem sygdom og kultur kan spores helt tilbage til den transkulturelle psykiatris opståen. Senere undersøgelser - f.eks. af psykisk sygdom hos immigranter - har ikke for alvor fået lov at udfordre disse antagelser, selv om man her finder forskningsresultater, der peger andre veje. Man kan derfor påpege, at den teoretiske udvikling, der er foregået inden for antropologien siden kultur- og personlighedsskolen, stort set ikke har påvirket psykiatrien. Det kulturbegreb, der ses anvendt, har mere tilfældes med tidligere tiders kulturbegreb end med en moderne, kompleks og relationel kulturforståelse.

I praksis betyder denne forståelse af relationen mellem kultur og psykisk sygdom, at kultur i vid udstrækning bliver noget, der er besværligt og skal fjernes frem for en integreret del af menneskers liv (Johansen nd). Kultur bliver dermed ikke noget, man skal søge af forstå (Lorimer 2004), men noget man skal søge at komme om bagved, så man kan finde frem til den egentlige psykiske sygdom (Littlewood og Dein 2000), hvilket ud fra et antropologisk perspektiv ikke er særligt konstruktivt.

Disse overvejelser peger på, at psykiatrien bør tage den forskning, der foregår om transkulturelle emner i dens periferi mere seriøs, men også på at antropologien her har en vigtig rolle at spille – dette er både en udfordring og en opfordring!

## Noter

1. Denne artikel bygger i al væsentlighed på et kapitel i min ph.d. afhandling: Kultur og psykiatri. En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler (Johansen nd).
2. En anden dimension af antropologers interesse for psykiatri og kultur stammer fra diskussionen af psykiatrien som i sig selv værende et kulturelt system. Denne diskussion var meget tydelig i blandt andre den amerikanske antropolog og psykiater Arthur Kleinmans tidligere forfatterskab (1977, 1988).
3. På tilsvarende vis kan man også problematisere størrelserne 'psykiatri' og 'antropologi'. Her er der også tale om analytiske generaliseringer for at tydeliggøre artiklens pointer.
4. Denne situation er meget parallel til en række andre situationer inden for det medicinske område f.eks. spørgsmålet om kulturens betydning for udbredelsen af AIDS i Afrika (se Packard og Epstein 1991).
5. DSM forventes af komme i en ny udgave i år 2011. Man er derfor i gang med at overveje, om den kulturelle formel skal inkluderes i den 5. udgave (Alarcón et al. 2005).
6. Emil Krapelin omtales ofte som en af den moderne psykiatri grundlæggere. Han lavede en omfattende beskrivelse og klassificering af de psykiske sygdomme (i psykiatrien kaldet nosologi). Han er mest kendt for at have adskilt skizofreni (som han kaldte *dementia præcox*) fra de depressive lidelser.
7. Forskningsfeltet omkring psykisk sygdom og indvandrere og flygtninge er stort. Det dækker præ-migrationsforhold, som f.eks. traumer og separationsproblemer, samt selektionsmekanismer for migranter. Det dækker selve migrationsprocessen og f.eks. spørgsmål om kulturchok og det dækker post-migrationsprocessen og spørgsmål om tilpasning, racisme, sprog, muligheden for tilknytning til hjemland, juridisk status i modtagerlandet, behandling blandt flere andre. Det er således ikke muligt at dække hele dette felt i en enkelt gennemgang, og jeg vil derfor fokusere på et mindre område, der har særligt relevans for mit studie, nemlig forskningen i psykotiske sygdomme hos immigranter.
8. En netop udkommet undersøgelse fra Danmark viser en stor sikkerhed i diagnosticeringen af skizofreni, når man sammenligner mellem forskellige diagnosticeringsredskaber. Denne undersøgelse sammenligner dog ikke over tid, og inkluderer heller ikke etnicitet i sine demografiske faktorer (Jakobsen et al 2005).

## Litteratur

Alarcón, R.D., M. Alegria, C. C. Bell, C. Boyce, L.J. Kirmayer, K.-M. Lin, S. Lopez, B. Üstün og K.L. Wisner 2005 Beyond the Funhouse Mirros. Reseach Agenda on Culture and

- Psychiatric Diagnosis. I: Kupfer, D.J., M. B. First og D.A. Reifer (red.): *A Research Agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Press.
- Alberdi, Francisco 2002a Den transkulturelle psykiatri historie. I: Alberdi, Francisco, Christian Nørregaard, Marianne Kastrup og Majken Kristensen (red.): *Transkulturel Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Alberdi, Francisco 2002b Det skizofrene spektrum. I: Alberdi, Francisco, Christian Nørregaard, Marianne Kastrup og Majken Kristensen (red.): *Transkulturel Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- APA 1995 *Diagnostic and Statistical Manual*. Washington: American Psychiatric Press.
- Barrett, Robert J. 1996 *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barrett, Robert J. 2004 Kurt Schenider in Borneo: Do First Rank Symptoms Apply to the Iban? I: Jenkins, Janet H. og Robert J. Barrett (red.): *Schizophrenia, Culture and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Benedict, Ruth 1934 Anthropology and the Abnormal. I: *Journal of General Psychology* 10: 59-82.
- Cantor-Graae, Elisabeth, C. B. Pedersen, T.F. McNeil og P. B. Mortensen 2003 Migration as a Risk Factor for Schizophrenia: a Danish Population-based Cohort Study. I: *British Journal of Psychiatry* 182: 117-122.
- Cantor-Graae, Elisabeth og J.-P. Selten 2005 Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. I: *American Journal of Psychiatry* 162: 12-24.
- Chen, Y.R., A.C. Swann og D. B. Burt 1996 Stability of Diagnosis in Schizophrenia. I: *American Journal of Psychiatry* 135: 682-686.
- Edgerton, Robert B. og Anthony Cohen 1994 Culture and Schizophrenia. The DOSMD Challenge. I: *British Journal of Psychiatry* 164: 222-231.
- Good, Byron 1996 Culture and DSM-IV: Diagnosis, Knowledge and Power. I: *Culture, Medicine and Psychiatry* 20: 127-132.
- Good, Byron 1997 Studying Mental Illness in Context: Local, Global or Universal? I: *Ethos* 25, 230-248.
- Hastrup, Kirsten 2004 *Kultur: Det fleksible fællesskab*. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Hopper, Kim 2004 Interrogation the meaning of "culture" in The WHO International Studies of Schizophrenia. I: Jenkins, Janet H. og Robert J. Barrett (red.): *Schizophrenia, Culture and Subjectivity. The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hughes, C. C. 1985 Culture-Bound or Culture-Construct? The Syndromes and DSM-III. I: Hughes, C. C. og R. C. Simons (red.): *The Culture-bound Syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Jakobsen, K. D., K. N. Frederiksen, T. Hansen, L. B. Jansson, J. Parnas og T. Werge 2005 Reliability of clinical ICD-10 schizophrenia diagnoses. I: *Nordic Journal of Psychiatry* 59: 209-212.
- Jarvis, Eric 1998 Schizophrenia in British Immigrants: Recent Findings, Issues and Implications. I: *Transcultural Psychiatry* 59: 209-212.
- Jarvis Eric 2005 *Culture and Psychosis*. Paper præsenteret på kurset: Cultural psychiatry, Institute of Community and Family Psychiatry, McGill's Universitet, Montreal.
- Johansen, Katrine Schepelehn nd *Kultur og psykiatri. En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler*. Indleveret ph.d. afhandling ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.



- Kirmayer, Lawrence J. 1998 The Fate of Culture in DSM-IV. Editorial. I: *Transcultural psychiatry* 35: 339-342.
- Kirmayer, Lawrence J. og Harry Minas 2000 The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective. I: *The Canadian Journal of Psychiatry* 45: 438-446.
- Kirmayer, Lawrence J, Cecile Rousseau, Eric Jarvis og J. Guzder 2003 The Cultural Context of Clinical Assessment. I: Tasman, A., J. Lieberman og J. Kay (red.): *Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons.
- Kleinman, Arthur 1977 Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry" I: *Social Science and Medicine* 11: 3-12.
- Kleinman, Arthur 1988 *Rethinking Psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.
- Kraepelin, Emil 2000 [1904] Comparative psychiatry. I: Littlewood, Roland og Simon Dein (red.): *Cultural Psychiatry and Medical Anthropology. An Introduction and Reader*. London: Athlone Press.
- Kristensen, Majken og Fatuma Ali 2000 Transkulturel psykiatri. I: Hemmingsen, R., J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen og N. Reisby (red.): *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard Danmark.
- Lewis-Fernandéz, R. 1996 Cultural formulation of psychiatric diagnosis: Introduction. I: *Culture, medicine and psychiatry* 20: 133-144.
- Liep, John og Karen Fog Olwig 1994 Kulturel kompleksitet. I: Leip, John og Karen Fog Olwig (red.): *Komplekse liv. Kulturel mangfoldighed i Danmark*. København: Akademisk forlag.
- Littlewood, Roland. og Simon Dein 2000 Introduction. I: Littlewood, Roland og Simon Dein (red.): *Cultural Psychiatry and Medical Anthropology. An Introduction and Reader*. London: The Athlone Press.
- Littlewood, Roland og Maurice Liepsedge 1997 *Aliens and Alienists. Ethnic minorities and psychiatry*. London: Routledge.
- Lorimer, Francine 2004 Forståelse. Et social forhold. I: Hastrup, Kirsten (red.): *Viden om verden. En grundbog i antropologisk analyse*. København: Hans Reitzels forlag.
- McGee, R. J. og R. L. Warms 2000 Culture and Personality. I: McGee, R. J. og R. L. Warms (red.): *Anthropological Theory. An Introductory History*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Mezzich, J., L. J. Kirmayer, A. Kleinman, H. Fabrega Jr., D. L. Parron, B. J. Good, K.-M. Lin og S. M. Manson 1999 The Place of Culture in DSM-IV. I: *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187: 457-464.
- Mezzich, J. E. 1995 Cultural Formulations and Comprehensive Diagnosis. I: *The Psychiatric Clinics of North America* 18: 649-657.
- Mezzich, J., A. Kleinman, H. Fabrega Jr. og D. L. Parron 1996 Introduction. I: Mezzich, J., A. Kleinman, H. Fabrega Jr. og D. L. Parron (red.): *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective*. Washington: American Psychiatric Press, Inc.
- Nørregaard, Christian 2002 Kulturbundne syndromer, somatoforme tilstande, dissociation og angst. I: Alberdi, Francisco, Christian Nørregaard, Marianne Kastrup og Majken Kristensen (red.): *Transkulturel Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Packard, R. M. og P. Epstein 1991 Epidemiologists, social scientists, and the structure of medical research on AIDS in Africa. I: *Social Science and Medicine* 33: 771-794.
- Prince, R. H. 2000 Transcultural Psychiatry: Personal Experiences and Canadian Perspectives. I: *The Canadian Journal of Psychiatry* 45: 431-437.

- Reisby, Niels 1985 Transkulturel psykiatri (etnopsykiatri). I: Welner, Josef, Villars Lunn, Ole Rafaelsen og Fini Schulsinger (red.): *Psykiatri – en tekstbog*. København: Foreningen af Danske Lægestuderendes Forlag (FADLs Forlag).
- Stocking Jr., G. W. 1986 Anthropology and the Science of the Irrational: Malinowski's Encounter with Freudian Psychoanalysis. I: Stocking Jr., G. W. (red.): *Malinowski, Rivers, Benedict and Others. Essays on Culture and Personality*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Wright, Susan 1998 The politicization of "culture" I: *Anthropology Today* 14: 7-15.